（一社）福島県薬剤師会　ほうらい薬局

無菌調剤室利用計画書

【申込日】　　　　　　年　　　月　　　日

福島県薬剤師会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込責任者 | 薬　局　名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　- |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　）ＦＡＸ　　　　　　（　　　） |
| 申込責任者 | 　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 利用者名 | ㊞ |
| 利用区分 | 福島県薬剤師会　会員 |
| 前回利用日 | 　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用時間 | 希　望　日　時 |
| 第一希望 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 第二希望 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 第三希望 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 物品使用希望 | 数量 | 物品資料希望 | 数量 |
| 基本セット（PPｺｰﾄｶﾞｳﾝ1枚、ﾍｱｶﾞｰﾄﾞ1枚、ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ2ｾｯﾄ、ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済1ｾｯﾄ、ｼｭｰｽﾞｶﾊﾞｰ1ｾｯﾄ、ﾏｽｸ1枚） | 1ｾｯﾄ500円 | ｾｯﾄ |
| PPｺｰﾄｶﾞｳﾝ | 1枚200円 | 枚 | ﾍｱｶﾞｰﾄﾞ | 1枚30円 | 枚 |
| ｼｭｰｽﾞｶﾊﾞｰ | 1ｾｯﾄ140円 | ｾｯﾄ | ﾏｽｸ | 1枚10円 | 枚 |
| ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ　Sｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ120円 | ｾｯﾄ | ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Sｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ250円 | ｾｯﾄ |
| ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ　Mサイズ | 1ｾｯﾄ120円 | ｾｯﾄ | ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Mｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ250円 | ｾｯﾄ |
| ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ　Lサイズ | 1ｾｯﾄ120円 | ｾｯﾄ | ﾆﾄﾘﾙｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Lｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ250円 | ｾｯﾄ |
| ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ　Sサイズ | 1ｾｯﾄ20円 | ｾｯﾄ | ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Sｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ80円 | ｾｯﾄ |
| ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ　Mサイズ | 1ｾｯﾄ20円 | ｾｯﾄ | ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Mｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ80円 | ｾｯﾄ |
| ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ　Lサイズ | 1ｾｯﾄ20円 | ｾｯﾄ | ﾗﾃｯｸｽｸﾞﾛｰﾌﾞ滅菌済　Lｻｲｽﾞ | 1ｾｯﾄ80円 | ｾｯﾄ |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　1ml | 1本110円 | 本 | 輸液パック保存用袋 | 1枚150円 | 枚 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　2.5ml | 1本10円 | 本 | ﾆﾌﾟﾛ注射針ﾌﾛｰﾏｯｸｽ18G 1/2RB GA | 1本10円 | 本 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　5ml | 1本10円 | 本 | ﾆﾌﾟﾛ注射針ﾌﾛｰﾏｯｸｽ22G 1/2RB GA | 1本10円 | 本 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　10ml | 1本20円 | 本 | ﾆﾌﾟﾛ 連結管 ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ針 | 1個40円 | 個 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　20ml | 1本20円 | 本 | ﾆﾌﾟﾛ ﾌｨﾙﾀｰｾｯﾄ　53-505 | 1個1,000円 | 個 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　30ml | 1本50円 | 本 | ﾆﾌﾟﾛ ﾌｨﾙﾀｰｾｯﾄ　53-506 | 1個1,000円 | 　個 |
| ﾆﾌﾟﾛｼﾘﾝｼﾞ ﾛｯｸﾀｲﾌﾟ　50ml | 1本50円 | 本 |  |  |  |

注意事項　※　本申込書は、必要事項を記入の上、事務局にＦＡＸにて予め申込みを行い、利用日前日（日祝祭日の場合はその前日）の正午までに申込みを行い、利用時に持参する。

※　上記に記載の備品は、原則としてほうらい薬局のものを使用すること。

　　　　　※　1回の利用につき1枚の申込書

福島県薬剤師会事務局　ＴＥＬ　０２４－５４９－２１９８ＦＡＸ　０２４－５４９－２２０９